



子供の食をレボリューション

学生のための
政策立案コンテスト 2018
Mチーム政策案

政策の枠組み

義務教育世代対象

- アクセス障害→栄養教諭の制度改革
- 危機感の欠如→当事者意識の付与

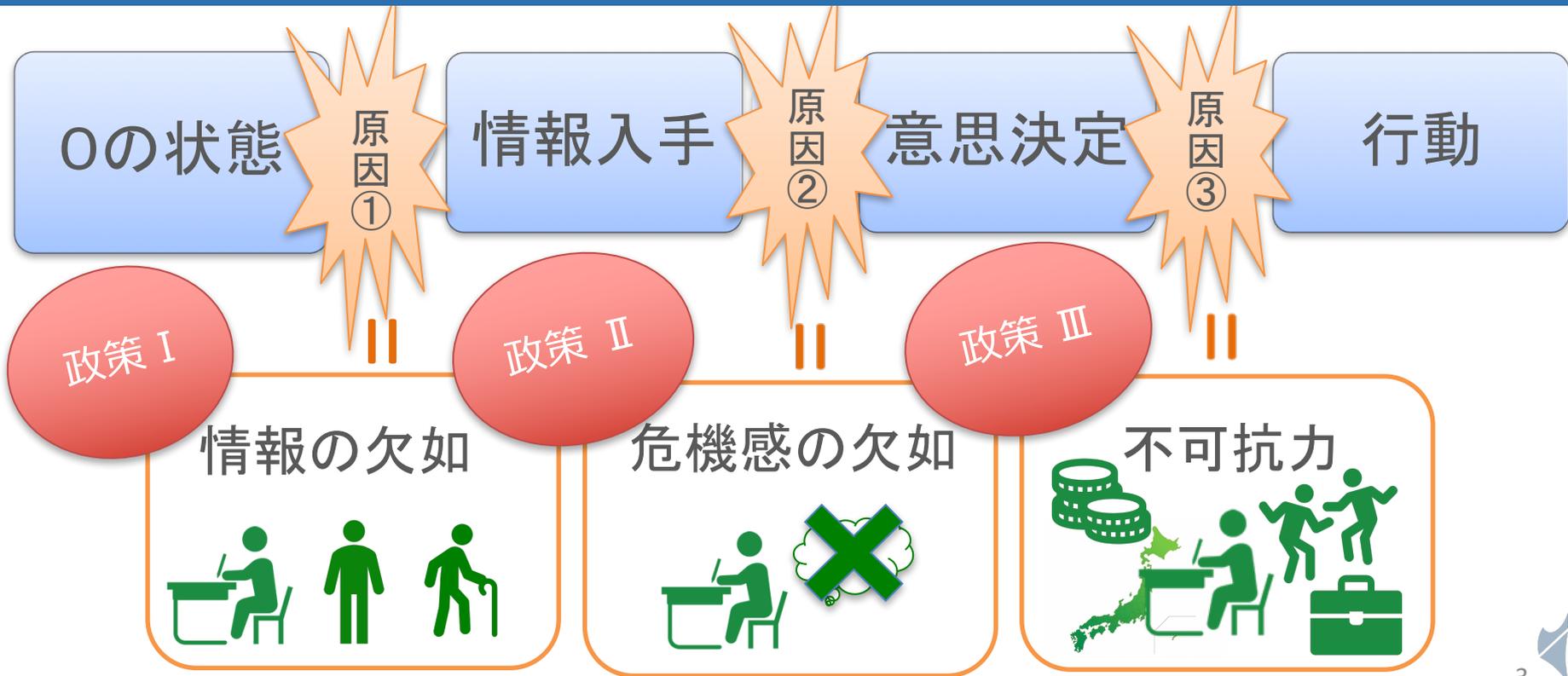


自力救済不可層の子対象

- 不可抗力→ベジセットの段階的な自治体導入



行動に至るプロセスに対し政策を打つ



各々の原因に対して政策を打ち出す！！



政策Ⅰ 栄養教諭の制度改革

栄養教諭の配置基準導入

- 【現状】 配置基準を**地方自治体**が決定→地域格差
- 【実施後】 **国**が基準を定める→平等な栄養教育を実現

量

栄養教諭の研修制度改革

- 免許更新はあるが能力向上の研修は一部自治体のみ実施
- →栄養教諭に能力差
- ⇒国が制度として確立し、質の向上

質

政策Ⅱ：当事者意識の付与

未来予想図導入計画

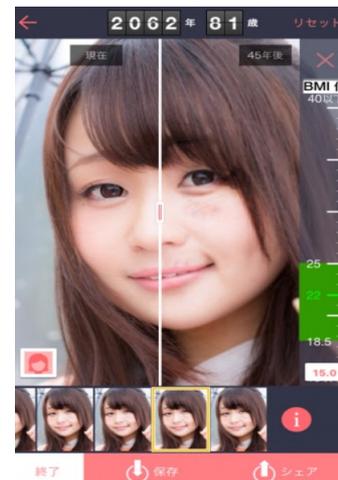
健康診断時に食生活アンケートを行い、悪い食生活から将来的に生じる病気・体型を予測し、顔画像と合成した全身画像を提示してイメージを抱きやすくする → より身近に感じることで当事者意識を持ち、食生活改善に自発的に取り組むよう促す(詳細で精密な予測は必ずしも必要でない)

Ex. 顔年齢測定
(第一生命『FaceAI』)



身長・体重
不健康な生活

身長・体重
健康な生活



加工食品の穀物 + 野菜 をセットで安く

購買意欲+無意識
に野菜消費↑

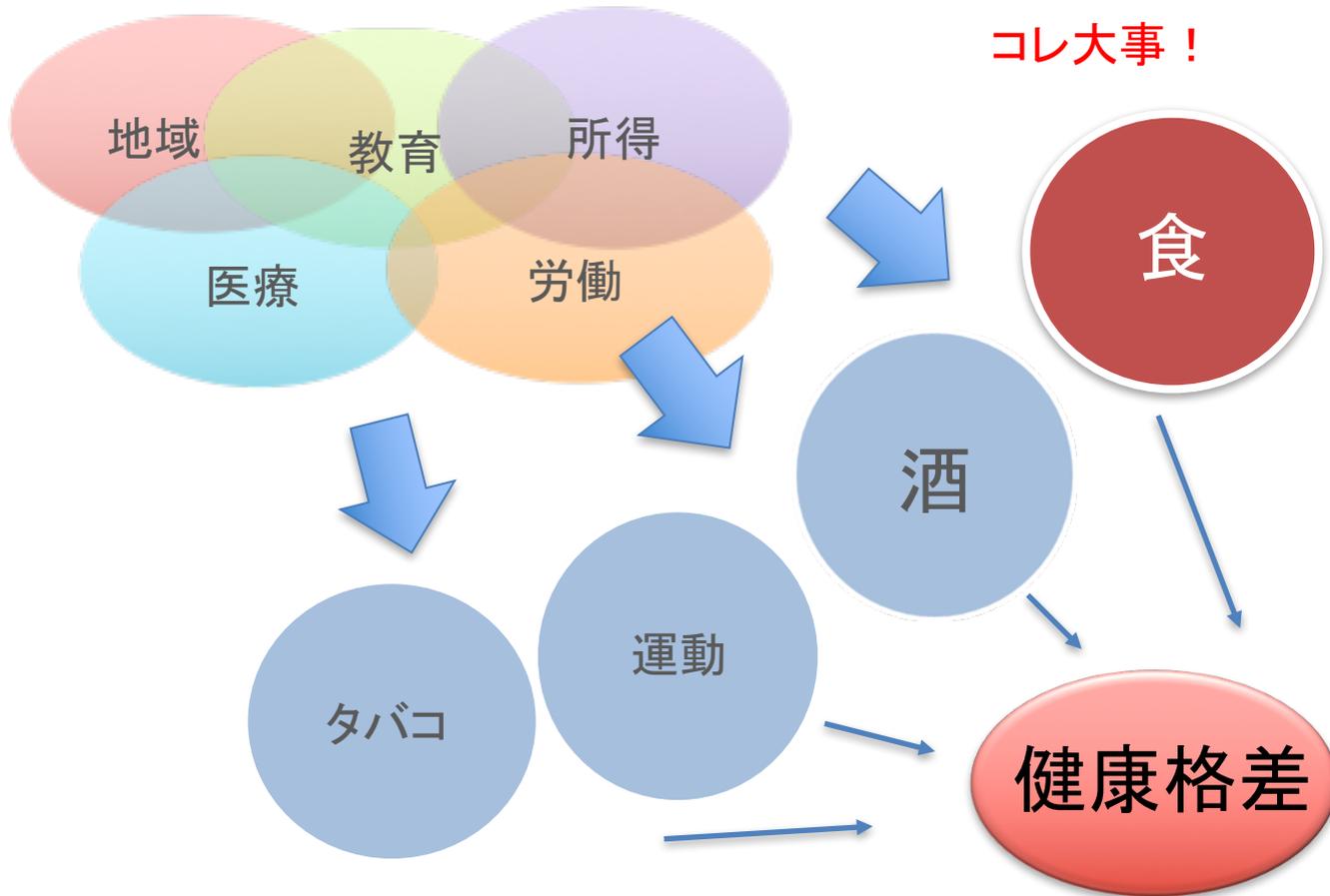
- スーパー、コンビニ、食料品店で実施
- 自力救済不可層→加工食品や穀物の消費が多い

モデルケース→呼びかけ→推進→制度化

(国民健康栄養調査の結果により判断)



問題領域の特定→食！！

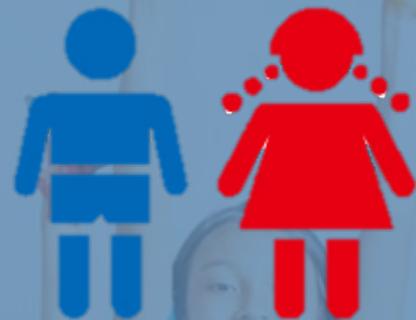


健康格差は、食事・運動・睡眠・飲酒・喫煙という健康状態に直接起因する行動をどの程度行うかという「行動の差異」から直接的に生まれている。その行動の差異は、所得・教育・労働・地域・医療などの「社会経済的な要因の差異」から生まれているが、その要因は複雑に絡みあっていて、どれか一つを解決すればうまくいくという性質のものではない。そのため、健康格差に直接影響を及ぼしている上記「行動の差異」を改善することで効果的に健康格差を是正できると考える。

生死に関わる重大な病気は、生活習慣によってもたらされることが多い。その中でも、食行動は全ての人間が毎日必ず行う上、生活習慣病に対する栄養や食行動の影響が、その他の要因と比べて大きいことが先行研究からも明らかになっている。以上から、問題領域を食に設定し、政策による達成目標を、「食行動が平等になること」とした。

対象の明確化

子ども



「ライフコース疫学」の視点

→子ども時代が重要

- ・リスクが蓄積するから早いうちに手を打つ
- ・大人になって自力で健康な生活を選択する力↑